

KV Nordrhein • Hauptstelle • 40182 Düsseldorf

An die Teilnehmer des nordrheinischen  
ambulanten Palliativvertrages  
mit den Ersatzkassen

Tersteegenstraße 9 • 40474 Düsseldorf  
Telefon (0211) 5970-0

Kontakt Ihr zuständiges Serviceteam  
Telefon Düsseldorf 0211/5970-8888  
Köln 0221/7763-6666  
Datum Juni 2015

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen  
H13-250/469

## Aktualisierter ambulanter Palliativvertrag mit den Ersatzkassen

Sehr geehrte Damen und Herren Doktores,

zum 1. Juli 2015 haben wir den aus dem Jahre 2007 stammenden ambulanten Palliativvertrag für Ersatzkassenversicherte aktualisiert und weitgehend dem Vertrag der Primärkrankenkassen angeglichen. Eckpunkte des Vertrages sind:

- Versicherte der Ersatzkassen können unabhängig vom Wohnort bzw. vom Sitz der Ersatzkasse teilnehmen.
- Auch für Patienten, die durch ein Palliativ-Care-Team im Rahmen der Teilversorgung betreut werden, sind die Vertragsleistungen abrechnungsfähig.
- Einführung einer Aufklärungs- und Teilnahmeinformation des Versicherten für alle ab dem 1. Juli 2015 neu in die Versorgung aufgenommenen Patienten. Dieser Schritt dient zur Information des Patienten und dokumentiert, dass er mit der Versorgung nach diesem Vertrag einverstanden ist. Das Formular bleibt in Ihrer Praxis, das Einverständnis des Patienten kann auch mündlich erteilt werden.
- Patienten, die bereits an dem zum 30. Juni 2015 beendeten Vertrag teilnehmen, werden ohne weitere Formalitäten in den neuen Vertrag überführt.
- Aufnahme einer Regelung zur Ermittlung des Patientenwillens.
- Einführung der Erst- und Abschlussdokumentationen Patient analog der Primärkassen: Ein Exemplar der Erstdokumentation verbleibt beim Patienten, beide Dokumentationen sind mit der Quartalsabrechnung einzureichen.
- Wegfall des verpflichtenden Initialbesuches mit dem QPA bei dem Patienten.
- Änderung der verpflichtenden Abstimmung vor einer Krankenhauseinweisung mit dem qualifizierten Palliativarzt von einer Muss- auf eine Kann-Regelung.
- Konkretisierung der palliativmedizinischen Fortbildung auf 2-mal im Kalenderjahr.
- Wegfall der bisherigen Basisdokumentation.

## Vergütungen

- Festschreibung eines deutlich höheren Vergütungspunktwertes für Hausbesuche und dessen jährliche Anpassung.
- Ausweitung der Förderung von Besuchen auf Mitbesuche sowie Besuche in beschützenden Wohnheimen/Einrichtungen bzw. Pflege- und Altenheimen.
- Eingangsdagnostikpauschale für den Haus-/Facharzt von 25 €
- Erhöhung des Zuschlages bei Besuchen auf 25 €
- Koordinationspauschale Haus-/Facharzt von 25 €
- Einführung eines telefonischen Konsils des Haus-/Facharztes mit dem QPA/Pflegedienst, je Konsil 15 €
- Neuformulierung der Legende zur Bereitschaftspauschale des QPA, je Quartal 100 €
- Heraufsetzung der QPA-Pauschale für das telefonische Konsil, je Konsil auf 15 €
- Heraufsetzung der QPA-Pauschale für ein vom koordinierenden Arzt angeforderten Besuch, je Besuch auf 25 €

Der Vertrag mit seinen Anlagen ist abrufbar unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de).

Ärzte, die bereits an dem zum 30. Juni 2015 beendeten Palliativvertrag teilnehmen, nehmen automatisch auch an diesem Vertrag teil, ein erneutes Genehmigungsverfahren findet nicht statt.

Wir fügen Erst- und Abschlussdokumentationen sowie ein Exemplar der Aufklärungs- und Teilnahmeinformation der Versicherten bei. Bitte nutzen Sie ab 1. Juli 2015 für neu aufgenommenen Patienten nur die neuen Formulare. Weitere Exemplare dieser Formulare erhalten Sie über unseren Formularversand.

Wir gehen davon aus, dass wir vor dem Hintergrund des im nächsten Jahr in Kraft tretenden Palliativ- und Hospizgesetzes mit diesem Vertrag bereits weitgehend die Intention des Gesetzgebers in Nordrhein realisiert haben.

Mit freundlichen Grüßen



---

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.  
Vorsitzender



---

Bernhard Brautmeier  
Stellvertretender Vorsitzender

## ANLAGE

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Vertragsarztstempel

## Anlage 2

### Weiterleitung an die KV Nordrhein mit der Quartalsabrechnung

## Erstdokumentation im Rahmen der AAPV Ersatzkassen

zur Vereinbarung zwischen der KV Nordrhein und der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	Aufnahme in die AAPV	__ __. __. __. 20__ Datum der Aufnahme
		<input type="checkbox"/> Erstaufnahme <input type="checkbox"/> Wiederaufnahme
2	Betreuungsort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflege-/ Seniorenheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Hospiz
3	Patient betreut als	<input type="checkbox"/> Haus-/ Facharzt <input type="checkbox"/> QPA
4	Angehörige im Betreuungsprozess einbezogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angehörigen
5	Hauptdiagnose	__ __. 20__ Erstdiagnose (nur Monat und Jahr) __. __. __. __ (ICD-10)
6	Beteiligte der AAPV Versorgung	<input type="checkbox"/> QPA <input type="checkbox"/> Palliativpflegedienst <input type="checkbox"/> Psychotherapeut/psychosoziale Fachdienste <input type="checkbox"/> Ehrenamtliche Hospizbegleitung <input type="checkbox"/> SAPV-Teilversorgung/Beratung PCT
7	Schmerztherapie erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8	Art der Schmerztherapie	<input type="checkbox"/> Analgetika WHO -Stufen 1 <input type="checkbox"/> / 2 <input type="checkbox"/> / 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Sonstige
9	Applikationsform Medikation	<input type="checkbox"/> oral/PEG <input type="checkbox"/> transdermal <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe
10	Wundtherapie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Vertragsarztstempel

### Anlage 3

## Weiterleitung an die KV Nordrhein mit der Quartalsabrechnung

## Abschlussdokumentation im Rahmen der AAPV Ersatzkassen

zur Vereinbarung zwischen der KV Nordrhein und der vdek-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Patienten im häuslichen Umfeld

Nr.	Sachverhalt	Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen
1	<b>Beendigung der AAPV-Versorgung</b>	__.__.20__ Datum der Beendigung Grund der Beendigung: <input type="checkbox"/> Überleitung in Regelversorgung <input type="checkbox"/> Überleitung in die SAPV-Vollversorgung <input type="checkbox"/> Ausscheiden/Tod
2	<b>Sterbedatum</b>	__.__.20__ <input type="checkbox"/> nicht bekannt
3	<b>Sterbeort</b>	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflege-/ Seniorenheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Hospiz <input type="checkbox"/> Palliativstation <input type="checkbox"/> Krankenhaus (nicht Palliativstation) <input type="checkbox"/> nicht bekannt
4	<b>Angehörige im Betreuungsprozess einbezogen</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angehörigen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Aufklärung und Teilnahmeinformation des Versicherten

zur Vereinbarung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Versicherten im häuslichen Umfeld

zwischen der  
**Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**  
 und  
**den Ersatzkassen**

## Aufklärung und Teilnahmeinformation des/der Versicherten

Eine wesentliche Aufgabe der Palliativversorgung ist es, den fließenden Übergang zwischen einer kurativen und einer palliativen Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Versicherten zu gewährleisten, um die Leiden und Schmerzen zu lindern sowie eine der Situation angemessene Lebensqualität zu sichern. Ziel des Vertrages ist somit eine qualifizierte allgemeine ambulante Palliativversorgung von unheilbar kranken Menschen in der letzten Phase ihres Lebens. Die Versorgung nach diesem Vertrag soll ein Sterben zu Hause bzw. in selbst gewählter Umgebung ermöglichen. Ausgehend von den bewährten und bestehenden Versorgungsstrukturen und dem Engagement vieler Ärzte wird die allgemeine ambulante Palliativversorgung durch die Strukturierung der Versorgungsabläufe gestärkt und die Versorgungsqualität erhöht.

Als behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt nehmen Sie an der qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung teil und informieren Ihren teilnehmende/n Versicherten/e gemäß folgender Punkte ausführlich über die Teilnahme, den Leistungsumfang, den Ablauf der Versorgung sowie die entsprechenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Erklärung zur Teilnahme am Vertrag. Die Teilnahmeerklärung kann jederzeit widerrufen werden. Darüber hinaus endet die Teilnahme mit der vollständigen Leistungserbringung nach diesem Vertrag oder mit der Beendigung des Vertrages.

Über folgende Punkte wurde der Versicherte / die Versicherte eingehend seitens des erhebenden Arztes belehrt:

- 1) Ausführliche Darstellung über die Leistungsinhalte des AAPV-Vertrages
- 2) Umfassende Information über die Freiwilligkeit zur Teilnahme am AAPV-Vertrag und über das Widerrufsrecht zur Teilnahme und zur Datenweitergabe
- 3) Teilnahme am AAPV-Vertrag erfolgt erst nach der Aufklärung und Zustimmungserklärung
- 4) Begründungsfreies Widerrufsrecht bzgl. der Teilnahme am AAPV-Vertrag innerhalb von zwei Wochen gegenüber dem behandelnden Arzt
- 5) Darlegung des Zwecks und der Ziele der Datenerhebung und Datenweitergabe an den an der Versorgung beteiligten QPA, Information zu Befugnis und Verpflichtung des betreuenden Arztes hinsichtlich der Weitergabe und Speicherung der Daten des/der Versicherten an die KV Nordrhein zur Leistungsabrechnung (§ 295 SGB V) sowie ausdrückliches Einverständnis des/der Versicherten zur Datenverarbeitung bei Teilnahme an dem Vertrag
- 6) Darlegung, dass die behandelnden Ärzte der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen
- 7) Löschung der im Rahmen dieses Vertrages erhobenen und gespeicherten Daten beim Ausscheiden aus dem Vertrag, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch nach 10 Jahren nach Teilnahmeende.

Die Teilnahmeerklärung des/der Versicherten ergeht gegenüber dem/r behandelnden Arzt/Ärztin und verbleibt in der Praxis.

Grundsätzlich sollte die Einwilligungserklärung durch die/den teilnehmende/n Versicherte/n oder seines/Ihres Vertreters schriftlich erfolgen; die entsprechenden Dokumentationspflichten sind dem behandelnden Arzt bekannt. In konkreten Ausnahmefällen reicht eine mündliche Einwilligungserklärung. Der Arzt hat die Gründe für die Ausnahme bei seiner Unterschrift zu benennen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r

### Vom Arzt mit Unterschrift zu bestätigen:

Ich habe als behandelnder Arzt den/die Versicherten/e umgehend über o.g. Punkte aufgeklärt. Der/die Versicherte bzw. der Betreuer/die Betreuerin hat mündlich die Zustimmung zur Teilnahme und Weitergabe der Daten erteilt.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes